Aus der kgl. psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

BEITRAG ZUR LEHRE
VON DER
SYRINGOMYELIE.

FEB 11 1911

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe der hohen medizinischen Fakultät der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, vorgelegt von

Jacob Riis
Medizinalpraktikant an der königlichen medizinischen Poliklinik zu Kiel.

NEUMÜNSTER 1909.
Druck von R. Hieronymus Buchdruckerei.

Aus der kgl. psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

BEITRAG ZUR LEHRE
VON DER
SYRINGOMYELIE.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe der hohen medizinischen Fakultät der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, vorgelegt von

Jacob Riis
Medizinalpraktikant an der königlichen medizinischen Poliklinik zu Kiel.

NEUMÜNSTER 1909.
Druck von R. Hieronymus Buchdruckerei.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0215

No. 29.
Rektoratsjahr 1909/10.
Ref.: **Siemerling.**
Zum Druck genehmigt
Fischer,
z. Z. Dekan.

Unter Syringomyelie verstehen wir nach Schlesinger eine ätiologisch nicht einheitliche, chronisch progredierte Spinalaffektion, welche zur Bildung langgestreckter, mit Vorliebe die centralen Rückenmarksabschnitte einnehmender Hohlräume und oft auch zu erheblicher, der Spaltbildung gleichwertiger und letzterer vorangehender oder coordinierter Gliaproliferation in nächster Umgebung der Hohlräume oder mit gleicher Lokalisation wie letztere führt.

Das klinische Bild ist sehr abwechslungsreich und im wesentlichen charakterisiert durch mannichfache Störungen centralen Ursprungs motorischer, sensibler, trophischer und sekretorischer Natur von verschiedener Intensität und Ausdehnung, durch den häufigen Hinzutritt überwiegend halbseitiger Bulbärsymptome und die fast konstante Alteration der Sehnenreflexe. Störungen von seiten der Blase und des Mastdarms sind seltener. Unter den sensiblen Anomalien treten besonders oft die des Schmerz- und Temperatursinns hervor.

Ein solcher Fall von Syringomyelie gelangte auch in der königlichen psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel zur Beobachtung. Patientin, eine 31jährige Arbeitersfrau aus Holstein wird am 5. Oktober 1908 aufgenommen. Die Krankengeschichte lautet wie folgt:

5. X. Patientin wird vom Mann gebracht. Ruhig zur Abteilung. Bad. Ins Bett.

Größe 1,50
Gewicht 43,3
Temperatur 36,9.

Von Heredität nichts bekannt. Als Kind Scharlach, sehr viel Kopfschmerzen. Auf der Schule gut gelernt bis auf Rechnen. Nach der Schule gedient, dann beim Vater den Haushalt geführt. Heirat mit 19 Jahren. 6 Geburten ohne Arzt. Wochenbetten ohne Fieber. Nie Umschlag. Nach den Geburten sehr schwach. Letzte Menstruation 7. März 1905. Periode regelmäßig, sehr schwach.

Anfang Juni 1908 Kriebeln in den Händen, taubes Gefühl. Die Hände seien ganz entzündet gewesen, mit lauter Eiterbläschen bedeckt, heilten von selbst. Allmähliche Schwäche in den Händen und Armen. Konnte nicht mehr handarbeiten, ließ Gegenstände fallen. Weiter auch Schwäche in den Beinen, Steifigkeit in den Knieen. Das Gehen wurde schwierig, schleppte die Füße nach, besonders links. Die ganze Schwäche überhaupt links mehr als rechts. Keine Sensibilitätsstörungen, Parästhesieen in den Beinen. Zuletzt auch Störungen beim Wasserlassen. Häufiger Urindrang, konnte aber dann oft kein Wasser lassen. Keine Inkontinenz. Stuhlgang angehalten.

Sprache, Gehör, Gesicht ohne Befund. Schlucken und Kauen gut. Appetit schlecht in den letzten Tagen. Schlaf gut.

Zuweilen Gefühl als wie wenn sie ein Band um den Leib habe, Druckgefühl. Hände oft kalt, zuweilen aber auch ganz heiß.

Graciler Körperbau, dürftige Muskulatur und Ernährung. Blasse Gesichtsfarbe.

Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich.

18 : $15^1/_2$: $55^1/_2$

Pupillen rund, gleich, mittelweit. Reaktion auf Licht positiv, Reaktion auf Convergenz positiv.

Augenbewegungen frei.

Facialis symmetrisch.

Sprache ohne Befund.

Stimme belegt, etwas heiser.

Zunge grade, zittert stark, etwas belegt.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.

Rachenreflex fehlt.

Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft, links mehr als rechts.

Dynamometer:

r. 40 l. 30

r. 70 l. 30

Hände kühl, cyanotisch verfärbt.

Haut rauh, trocken, rissig.

Arme können nicht ganz bis zur Senkrechten gehoben werden, links weniger als rechts.

Beugen der Arme gut ausgeführt, gegen Widerstand links schlecht.

Beugen und Strecken der Hände erschwert, links mehr als rechts.

Pronation und Supination gut.

Beugen und Strecken der Finger gut.

Strecken links nicht ganz vollständig, gegen Widerstand links schwach.

Opponieren des Daumens erschwert, links mehr als rechts, ebenso Abduktion des Daumens.

Deltoidei beiderseits sehr flach.

Triceps und Biceps gut.

Daumenballen abgeflacht, links auch Kleinfingerballen.

Interossei links atrophischer als rechts.

Pectocales gut.

Cucullaris rechts besser als links.

Angulus scapulae beiderseits etwas nach außen abgewichen, rechts mehr als links. (Schwäche der Rhomboidei).

Andeutung von losen Schultern.

Werden die nach vorn gestreckten Hände zusammengelegt, weicht der innere Rand der linken Scapula vom Thorax ab.

Kann sich aus liegender Stellung sehr schlecht aufrichten.

Atmung leicht beschleunigt.

Vorderarme in den distalen Teilen atrophisch.

Umfang der Vorderarme 14 cm unterhalb des Olecranon r. 16½ cm, l. 16 cm.

Umfang der Oberarme 14 cm oberhalb des Olecranon 22 cm.

Im linken Deltoidens zuweilen fibrilläre Zuckungen.

Beide Deltoidei atrophisch, mechanische Erregbarkeit gering, träge Zuckung.

Keine deutliche Spasmen der oberen Extremitäten.

Kniephänomene gesteigert.

Beiderseits Patellarklonus.

Achilles positiv, kein Fußklonus.

Zehen schwach plantar beim Streichen der Fußsohlen.

Beine bis zirka 45° gehoben, links weniger als rechts, besonders gegen Widerstand.

Grobe Kraft links weniger als rechts.

Kniehakenversuch sicher.

Gang spastisch-paretisch.

Die Hacken kleben am Boden links mehr als rechts.

Die Empfindung für warm und kalt ist an der Vorderfläche der beiden oberen Extremitäten sowie an der Rückseite des linken Armes herabgesetzt. Ebenso an der Vorderfläche der Brust und der Abdomens mit Ausnahme eines schmalen Streifens längs des rechten Ligamentum Pouparti. Weiter ist die Temperaturempfindung an der Außenseite der unteren Extremitäten und am Rücken in dem Bezirk zwischen dem 5. und 12. Brustwirbel stark herabgesetzt. Die Tastempfindung ist am ganzen linken Vorderarm, am linken Unterschenkel, auf der Brust und am Rücken in dem Bezirk zwischen 3. und 11. Brustwirbel reduziert.

Faradische und galvanische Erregbarkeit für Muskel und Nerven der oberen Extremitäten ziemlich allgemein herabgesetzt.

An den Interossei links Entartungsreaktion, ebenso am vorderen Bündel des Deltoideus rechts.

Lunge ohne Befund.

Herztöne: I. Ton an der Spitze unrein.
II. Pulmonalton akzentuiert.
Puls regelmäßig, ziemlich schwach.
Abdomen leicht druckempfindlich.
Im Urin kein Zucker und Eiweiß.

6. X. Nachts gut geschlafen, angeblich keine Schmerzen; sagt, sie werde doch wohl wieder gesund, 8 bis 10 Wochen werde es allerdings wohl dauern.

Patientin kann sich aus der Rückenlage nur mühsam ohne Unterstützung aufrichten, klagt über Schwäche im Rücken. Sagt, sie sei in letzter Zeit heiser geworden, früher sei sie es nie gewesen.

10. X. Patientin klagt zeitweise über Kopfschmerzen, fühlt sich sonst wohl.

Schlaf und Appetit gut.

15. X. Aktive Beweglichkeit der Arme besser, sie können mühsam bis zur Senkrechten gehoben werden. Patientin kann sich auch besser aus der Rückenlage aufrichten, allerdings noch nicht ohne Unterstützung der Arme.

16. X. Augenuntersuchung: Pupille links größer als rechts.

Reaktion auf Licht positiv.

Pupillen ohne Befund.

20. X. Ruhig, freundlich; liegt noch zu Bett, hat etwas zugenommen.

Ordination: 3 mal täglich 1 Eßlöffel Jodkali, 2 mal wöchentlich elektrisches Bad.

25. X. Klagt über schlechten Appetit. Arme und Beine können sehr schlecht bewegt werden.

Ordination: Tinct. Chinae 3 mal täglich 15 Tropfen.

27. X. Ist sehr zufrieden, daß sie elektrisiert wird, hofft, daß sie nun bald besser werde. Ruhig, geordnet.

Appetit besser.

Ordination: Elektrisches Bad ab. Täglich elektrisieren: Galvanisation des Rückens, Faradisation der Extremitäten.

10. XI. Patientin steht jetzt auf. Kann im ganzen etwas besser gehen, schleppt nur noch stark mit dem linken Fuß. Kann die Arme bis zur Senkrechten heben.

20. XI. Klagt darüber, daß sie ihre Finger immer schlecht gebrauchen könne.

Könne nicht stricken, könne nicht Domino spielen wie die andern Patientinnen, das strenge sie zu sehr an. Häufig brennendes Gefühl in den Händen. Die Hände sind nicht mehr so kühl wie anfangs.

Appetit gut.

30. XI. Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich.

Pupillen nicht ganz rund, links eine Spur mehr als rechts.

Reaktion auf Licht positiv, unausgiebig.

Reaktion auf Convergenz positiv.

Augenbefund frei.

Facialis rechts schwächer innerviert als links.

Sprache ohne Befund.

Zunge grade, zittert nicht, wenig belegt.

Gaumenbögen gehoben.

Rachenreflexe schwach.

Reflexe der oberen Extremitäten ziemlich lebhaft.

Finger-Nasenversuch beiderseits leicht unsicher.

Dynamometer:

r. — 30 l. 10
r. — 25 l. — 25

Arme fast zur Senkrechten gehoben, rechts mehr als links.

Deltoideus beiderseits atrophisch, links mehr als rechts.

Supra- und Infraspinatus links leicht atrophisch.

Serratus anticus beiderseits gut.

Biceps beiderseits atrophisch, links mehr als rechts.

Triceps beiderseits atrophisch, links mehr als rechts.

Pectoralis beiderseits noch ganz gut, links weniger als rechts.

Supinator longus links atrophisch, rechts weniger.

Extensor und Flexor carpi radialis et ulnaris beiderseits schwach.

Flexores digitorum beiderseits gut, links eine Spur weniger als rechts.

Extensores digitorum beiderseits schwach, links mehr als rechts.

Kleinfinger- und Daumenballen links atrophisch, rechts weniger.

Interossei besonders links atrophisch.

Interossei und Lumbricales links schwach.

Opponens pollicis links schwach, rechts besser.

Abductores pollicis beiderseits schwach, links mehr als rechts.

Flexores pollicis beiderseits schwach, links mehr als rechts.

Kniephänomen lebhaft.

Andeutung von Patellarklonus, links mehr als rechts.

Achilles positiv.

Andeutung von Fußklonus.

Zehen schwach plantar, links zuweilen Andeutung von Babinsky.

Beine werden bis zirka 45^0 gehoben, links weniger als rechts; Bewegungen gegen Widerstand schwach, links schwächer als rechts.

Kniehakenversuch ziemlich sicher.

Links deutlich Spasmen.

Aufsetzen allein nur sehr mühsam möglich.

Abdominalreflexe fehlen.

Atmung leicht beschleunigt.

Sensibilität: Pinselberührungen an den Fingerspitzen, besonders des 4. und 5. Fingers schlecht angegeben, sonst prompt lokalisiert. Spitze und Knopf an den Fingern schlecht, sonst gut unterschieden.

Schmerzempfindung am Rücken und an den Oberschenkeln herabgesetzt.

Temperaturempfindung: Am Rücken und an den Unterschenkeln besonders links warm und kalt öfter verwechselt.

Mechanische Muskelerregbarkeit positiv.

Vasomotorisches Nachröten lebhaft.

8. XII. Kann sich im ganzen besser aufsetzen als früher.

In den letzten Tagen Appetit sehr schlecht.

Ordination:

Jodkali ab.

Sol. Fowleri

Tinct. Ferri pomat ana 3 mal tägl. 8 Tropfen steigend.

Stimmung etwas gedrückt.

Dauernd ganz leise Heiserkeit.

16. XII. Allgemeinbefinden wieder besser. Steht auf, geht mit in den Garten, kann aber nicht lange gehen, fühlt sich dann matt.

18. XII. Gebessert nach Hause entlassen.

Der hier geschilderte Verlauf bildet die sogenannte klassische Form dieser Krankheit, denn es vereinen sich hier die Symptome von allmählich zunehmendem Muskelschwund und Lähmung mit Sensibilitätsstörungen in der Form der partiellen Empfindungslähmung und von trophischen Störungen. In manchen Fällen können dauernd die motorischen Erscheinungen überwiegen, sodaß das Bild einer chronischen progressiven Muskelatrophie oder einer sogenannten amyotrophischen Lateralsklerose gegeben ist. In wieder anderen Fällen überwiegen dauernd die sensiblen Störungen, sodaß entweder mehr eine ausgebreitete Analgesie, selbst nach Art einer Hysterie in den Vordergrund tritt, oder sich zugleich Reizerscheinungen wie bei der gewöhnlichen Tabes dorsalis entwickeln. Endlich gibt es Formen mit vorwiegend trophischen Störungen, die sich sogar soweit entwickeln können, daß direkt verstümmelnde Prozesse auftreten. Die häufigste Form ist aber diejenige, bei welcher eine progressive Muskelatrophie der Hände und Oberarme mit Sensibilitätsstörungen kombiniert ist wie in dem geschilderten Fall.

Zum Schluß verfehle ich nicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. med. Siemerling für die gütige Überlassung des Materials, sowie für die Anregung zu der vorliegenden Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Schlesinger, Die Syringomyelie.
v. Leyden und **Klemperer,** Die deutsche Klinik.
Binswanger und **Siemerling,** Lehrbuch der Psychiatrie.
Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
Ebbecke, Trauma und die Syringomyelie.

Lebenslauf.

Ich, Jacob Petersen Riis, protestantischer Confession, wurde am 22. April 1884 als ältester Sohn des jetzt verstorbenen Schiffskapitäns Knud Hansen Riis zu Höckeberg in Nordschleswig geboren. Bis zu meinem 13. Lebensjahre besuchte ich die Mittelschule meiner Heimatstadt Apenrade. Am 22. April 1897 wurde ich in die Quarta des königlichen Gymnasiums zu Hadersleben aufgenommen. In dieser Anstalt habe ich meine ganze wissenschaftliche Vorbildung erhalten, ich bestand auch hier am 5. März 1904 das Abiturientenexamen. Ostern 1904 begann ich das medizinische Studium an der königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Ich blieb hier zunächst 2 Semester und ging dann Ostern 1905 nach Göttingen. Anfang des Wintersemesters 1905/06 kehrte ich bereits wieder nach Kiel zurück und bestand dann hier am 8. August 1906 die ärztliche Vorprüfung. Herbst 1906 ging ich dann nach München, um hier zunächst beim Leibregiment meiner aktiven Dienstzeit mit der Waffe zu genügen. Nach meinem Übertritt in die Reserve studierte ich noch ein weiteres Semester in München und kehrte dann im Herbst 1907 nach Kiel zurück, um hier mein Studium zu beenden. Am 10. Juni 1909 bestand ich vor der königlichen ärztlichen Prüfungskommission in Kiel das medizinische Staatsexamen und trat an demselben Tage als Medizinalpraktikant in die königliche medizinische Poliklinik in Kiel ein.